Aus der Königlichen Psychiatrischen und Nervenklinik
der Universität Kiel.

Zur Symptomatologie der Schläfenlappentumoren.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde der medizinischen
Fakultät der Königl. Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von

Ingolf Lohmeyer
aus Wehlheiden bei Kassel.
Assistenzarzt im Füsilier-Regiment von Steinmetz (Westpr.) Nr. 37.

Kiel 1917.
Buchdruckerei von Schmidt & Klaunig.

Aus der Königlichen Psychiatrischen und Nervenklinik
der Universität Kiel.

Zur Symptomatologie der Schläfenlappentumoren.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde
der medizinischen Fakultät der Königlichen
Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von

Ingolf Lohmeyer
aus Wehlheiden bei Kassel.
Assistenzarzt im Füsilier-Regiment von Steinmetz (Westpr.) Nr. 37.

Kiel 1917.
Buchdruckerei von Schmidt & Klaunig.

No. 20

Rektoratsjahr 1917/18

Referent: Geheimrat Prof. Dr. Siemerling.

Zum Druck genehmigt:

Geheimrat Prof. Dr. Siemerling,

z. Z. Dekan.

Meinem lieben Vetter

Herrn Stabsarzt Dr. Fritsch

in Dankbarkeit gewidmet.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/zursymptomatolog0000ingo

In den letzten Jahren haben sich unsere Kenntnisse von den Funktionen des menschlichen Gehirns und seiner einzelnen Teile so sehr erweitert und vertieft, daß man heutzutage wohl in der Mehrzahl der Fälle von Gehirnerkrankungen eine Diagnose mit ziemlicher Sicherheit stellen, ihre Ursachen erkennen kann und daß auch ebenso eine genaue Lokalisierung der die Krankheit bedingenden pathologischen Veränderungen möglich ist. Nach Bruns haben 2 v. H. aller Erkrankungen des Nervensystems einen Gehirntumor als Ursache, ein Verhältnis, das sich durch mehrfache Berechnungen bestätigen ließ. Hieraus erkennt man, wie außerordentlich wichtig die Kenntnis dieser Erkrankung und ihrer Symptome ist. Bevor ich über einen Fall berichte, bei dem schon klinisch ein linksseitiger Schläfenlappentumor diagnostiziert war und der ein kleiner Beitrag zur Symptomatologie der Schläfenlappentumoren sein soll, möchte ich zuerst einige allgemeine Betrachtungen über die von Gehirngeschwulsten ausgehenden Erscheinungen vorausschicken. Griesinger teilt diese Erscheinungen ein in Allgemeinerscheinungen und Herdsymptome. Wie schon die Worte deuten, ermöglichen die Allgemeinerscheinungen die Diagnose eines Hirntumors überhaupt, während mit Hilfe der Herdsymptome erst eine genaue Lokalisierung der pathologischen Veränderungen möglich ist.

Die Allgemeinerscheinungen sind nun Kopfschmerz, Konvulsionen, d. h. epileptische Anfälle, Stauungspapille, psychische Veränderungen, Somnolenz, Pulsverlangsamung und Ohnmachtsanfälle, Erbrechen und Schwindel. Im allgemeinen treten diese Symptome vor den Herderscheinungen auf. Wir wollen sie der Reihe nach betrachten.

Kopfschmerz allein würde uns noch nicht berechtigen, eine Gehirngeschwulst zu diagnostizieren, denn wir finden ihn bei allen möglichen Allgemeinerkrankungen. Erst in Verbindung mit einem oder mehreren der andern erwähnten Symptome würde er sich diagnostisch verwerten lassen. Er ist bei Tumor cerebri fast immer vorhanden und wird beschrieben als dumpf, tiefsitzend, manchmal als bohrend, am ersten zu vergleichen mit Migränekopfschmerz, da er oft wie dieser von Erbrechen und Übelkeit begleitet ist und auf der Höhe schwerer Migränefälle das Bewußtsein manchmal getrübt ist. Der Kopfschmerz steigert sich oft zu unerträglicher Stärke, besonders bei schnellem Wachstum des Tumors, während er bei langsamem Wachstum nur gering sein, ja in seltenen Fällen ganz fehlen kann. Dies kann man sich wohl oft dadurch erklären, daß das Gehirn sich in diesem Falle den veränderten Bedingungen allmählich anpaßt. Vorübergehende heftigste Steigerungen des Kopfschmerzes lassen sich erklären durch alle Momente, die Hyperämie des Gehirns hervorrufen, wie Alkoholgenuß, Aufregung, starke Bewegungen und Anstrengungen wie Husten oder Niesen, Lageveränderungen des Körpers und dergleichen mehr.

Der Sitz des Kopfschmerzes wird von den Patienten verschieden beschrieben: einmal als diffus, den ganzen Schädel einnehmend, dann auch als in der Tiefe sitzend. Andere wiederum geben eine bestimmte Stelle des Kopfes an. In diesem letzten Falle findet man oft eine gegen nur leichtes Klopfen schon sehr schmerzempfindliche Stelle, eine Erscheinung, die man unter Umständen schon zur genauen Lokalisierung der Erkrankung benutzen kann. Doch muß man sich dabei hüten, hieraus sichere Schlußfolgerungen zu ziehen.

Der Kopfschmerz entsteht wohl dadurch, daß durch den Tumor eine Erhöhung des intrakraniellen Druckes hervorgerufen wird, wodurch die zahlreichen sensibeln Nervenzweige des Trigeminus in der Dura gereizt werden.

Krampfanfälle kommen nicht regelmäßig bei Tumor cerebri vor; nach Lebert und Huguenin nur in der Hälfte

der Fälle, nach anderen Autoren noch seltener. Sie können in allen Stadien der Entwicklung der Neubildung eintreten. Die Anfälle sind oft kaum von denen der genuinen Epilepsie zu unterscheiden, oft nur durch ihre lange Dauer. Auch gibt es Fälle, bei denen nur Bewußtlosigkeit eintritt, ohne daß Zuckungen auftreten, oder bei erhaltenem Bewußtsein treten nur Zuckungen in Erscheinung. Da man auch bei Epileptikern bei der Sektion oft einen Hirntumor gefunden hat, tut man gut, bei einem von Haus aus Epileptischen auch nach einer Hirngeschwulst zu fahnden.

Die Anfälle sind ebenfalls als Folge der Steigerung des Gehirndruckes aufzufassen.

Ein sehr wichtiges differentialdiagnostisches Symptom bei Tumor cerebri ist die Stauungspapille, die nach Knapp in 66 v. H., nach Gowers in 80 v. H., nach Oppenheim sogar in 82 v. H. Fällen auftritt. Über die Genese dieser Affektion gibt es heutzutage verschiedene Ansichten. Die beiden hauptsächlichsten Theorien sind die von Schmidt-Rimpler-Manz und die von Leber aufgestellten.

Nach der ersteren entsteht die Stauungspapille folgendermaßen: bei bestehendem Hirndruck wird der Liquor cerebrospinalis in die mit dem Subarachnoidealraum des Gehirns kommunizierende Lymphscheide des Opticus gedrängt. Es entsteht ein Hydrops der Opticusscheide, die Venae centrales retinae werden komprimiert, der Blutabfluß aus der Papilie gehemmt, und es kommt so zu einem Ödem der Papille. Bestätigt wird diese Annahme durch den Kaninchenversuch von Schultén, dessen nähere Erörterung hier zu weit führen würde.

Im Gegensatz zu dieser Anschauung steht die Entzündungstheorie von Leber. Schon 1881 machte dieser geltend, daß es sich um eine echte primäre Entzündung handele. Sein Gedankengang ist ungefähr folgender: „Intrakranielle Tumoren sind mit Gefäßkongestion, Ventrikelhydrops und Druckerhöhung verbunden. Die Stoffwechselprodukte dieser Neubildungen, die sich mit den entzündlichen Trans-

sudaten vermengen, wirken als Entzündungsreize und geben, indem sie mit der Cerebrospinalflüssigkeit in den Intervaginalraum des Opticus bis an das bulbäre Ende gelangen, die Veranlassung zu Neuritis und Papillitis.

Nach den neueren Erfahrungen, die besonders durch die Gehirnchirurgie gestützt werden, neigt man sich mehr und mehr der Schmidt-Rimpler—Manzschen Theorie zu. Eine große Zahl von Beobachtungen hat nämlich ergeben, daß sich die Stauungspapille zurückbilden kann, ja sich meistens sogar zurückbildet, wenn bei Trepanation durch die dadurch im Schädel entstandene Lücke dem Gehirn ein Raum zum Ausweichen oder durch Spaltung der Dura dem Liquor cerebrospinalis ein Abflußweg geschaffen wird.

Aus all diesen Betrachtungen geht als Wesentlichstes hervor, daß die Grundlage und Ursache für die Stauungspapille im Hirndruck zu suchen ist.

Die Störungen des Sensoriums und der Psyche sind am konstantesten durch eine mehr oder weniger ausgeprägte Benommenheit charakterisiert. Sie entwickelt sich im allgemeinen langsam. Zuerst fällt bei dem Patienten auf, daß es ihm schwer fällt, an ihn gerichtete Fragen richtig zu beantworten. Er muß dabei ungewöhnlich lange überlegen, gerade so, als ob er nach der Antwort suche. Seine geistige Regsamkeit läßt nach. Er nimmt weniger Interesse an seiner Umwelt, ja er wird gleichgültig gegen diese. Sein Gesichtsausdruck wird matt und teilnahmslos, sein Blick ausdruckslos, die Sprache langsam, das Gedächtnis nimmt ab.

Die Benommenheit steigert sich mit der Zeit und dem Wachstum des Tumors. Der Patient wird schlaftrunken, liegt apathisch da, man muß ihn geradezu aufrütteln, um eine Antwort von ihm zu erhalten. Schließlich kommt es zu Sopor und Koma. Schlafsucht und Schlafzustände, die Tage, Wochen und Monate andauern können und bei denen die Ernährung des Patienten große Schwierigkeiten bereitet, treten schon ziemlich früh auf, während die schweren Bewußtseinsstörungen erst gegen Lebensende sich einstellen.

In diesem Stadium läßt der Patient meist Stuhl und Urin unter sich.

Erwähnen will ich noch, daß bisweilen auch Ohnmachtsanfälle oder apoplektische Anfälle auftreten, die hervorgerufen werden durch eine plötzliche Drucksteigerung infolge stärkerer Gefäßfüllung oder einer Blutung in den Tumor.

Da wir berreits Somnolenz und Ohnmachtsanfälle bei Tumor cerebri oben erwähnt haben, bleibt uns nur noch übrig, über das Symptom der Pulsverlangsamung einiges anzugeben. In vielen Fällen von Tumor cerebri finden wir diese Erscheinung; sie tritt jedoch erst dann hervor, wenn auch andere Merkmale eines gesteigerten Hirndruckes schon sehr ausgeprägt sind. Hervorgerufen wird sie durch Reizung des Vagus und findet sich demgemäß besonders häufig bei Tumoren der Medulla oblongata, aber auch bei Tumoren anderer Gehirnteile, und erklärt sich in einem solchen Falle, wie die meisten der oben beschriebenen Symptome, durch Einwirkung des allgemeinen Hirndruckes. In späteren Stadien der Erkrankung kann es durch Lähmung des Vagus zur Pulsbescheunigung kommen.

Im Verhältnis zu den bereits erwähnten Symptomen ist das Erbrechen selten und kommt besonders häufig bei Tumoren des Kleinhirns und der Medulla oblongata vor, weil hier der Sitz des Brechzentrums ist. Es ist nur ein Zeichen des erhöhten intrakraniellen Druckes und daher unabhängig von der Nahrungsaufnahme. Es kann als Frühsymptom auftreten.

Schwindel ist nicht konstant, oft aber auch ein Frühsymptom. Er beschränkt sich oft auf ein gewisses Gefühl der Unsicherheit. Er wird auch als Gefühl der Schwäche und als Gefühl von Schwarzwerden vor den Augen bezeichnet. Er ist ebenfalls als ein Zeichen allgemeinen Hirndruckes aufzufassen.

An sonstigen Allgemeinerscheinungen finden wir Singultus; auch Atemstörungen können eintreten, entweder als einfache Dyspnoë oder als Verlangsamung oder als Vertiefung der Atmung oder aber auch gegen Lebensende als Sheyne-

Stokesches Atmen, alles Erscheinungen, die wiederum auf den allgemeinen Hirndruck zurückzuführen sind.

Die bisher beschriebenen Allemeinsymptome gestatten, wie oben erwähnt, nur die Diagnose eines Hirntumors überhaupt. Sind also bei vorhandenen Allgemeinsymptomen nicht noch andere Erscheinungen vorhanden, so ist eine Lokalisation der Geschwulst nicht möglich, es sei denn, wir haben einen von den oben erwähnten sehr seltenen Fällen vor uns, bei denen man durch Beklopfen des Schädels die etwaige Lage des Tumors mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit feststellen kann. Fälle, bei denen eine Lokalisation der Geschwulst überhaupt nicht möglich ist, findet man öfters. Meist zeigen sich aber noch andere Symptome, die einen Schluß auf den Sitz des Tumors zulassen. Das sind die schon anfangs erwähnten sogen. Herdsymptome. Darunter versteht man den Ausfall gewisser Nervenbahnen, die sich klinisch in Störungen der entsprechenden Hirnfunktionen äußern. Es würde zu weit führen, alle Erscheinungen zu besprechen, die eine Hirngeschwulst hervorbringen können. Da es sich im vorliegenden Fall um einen linksseitigen Schläfenlappentumor handelt, sollen hier nur die Symptome einer Geschwulst dieser Hirngegend festgelegt werden.

Ein auffallender Gegensatz besteht in den Erscheinungen, die von Tumoren der rechten und linken Schläfengegend ausgehen. Während bei Neubildungen im rechten Schläfenlappen des Gehirns außer den Allgemeinsymptomen selten auffallende Erscheinungen auftreten, macht ein Tumor im linken Schläfenlappen so deutliche Symptome, daß der Befallene auch einem Laien schon als Schwerkranker auffällt. Von Symptomen, die auf eine Affektion des linken Schläfenlappengebietes hinweisen, wurde als häufigstes die Aphasie beobachtet. „Aphasie ist der Verlust oder die Beeinträchtigung der Fähigkeit, den Begriffen durch Worte und Schriftzeichen Ausdruck zu verleihen, und das Gesprochene und Geschriebene so aufzufassen, daß die entsprechenden Begriffe durch dasselbe erweckt werden“ (Oppenheim). Das Wichtigste bei diesem Symptom ist, daß es auf die Er-

krankung einer ganz bestimmten Stelle im Gehirn bezogen werden kann, weil das sensorische Sprachenzentrum eben im linken Schläfenlappen, und zwar in seiner ersten Windung, liegt.

Durch eingehende Untersuchungen ist man dahin gekommen, zwischen motorischer, amnestischer und sensorischer Aphasie zu unterscheiden.

Broca stellte 1861 fest, daß der Sitz der motorischen Aphasie im hintersten Teile der dritten linken Stirnwindung gelegen sei. Durch zahlreiche Autopsien wurde das später bestätigt. Die motorische Aphasie ist charakterisiert dadurch, daß der Patient das zu ihm gesprochene Wort versteht, Aufforderungen befolgt und genannte Gegenstände zeigen kann. Er verfügt über die Wortklangbilder, hat aber die Fähigkeit verloren, selbst zu sprechen und Gegenstände zu benennen, hat keinen eigenen Sprachschatz mehr, kann auch nicht nachsprechen, sondern verhält sich schweigend bis auf einige wenige Worte und Lauttrümmer, die ihm bisweilen geblieben sind. Dabei sind Lippen, Zunge, Gaumen und Kehlkopf nicht gelähmt. Man bemerkt, wie sich der Patient abmüht, ein Wort auszusprechen. Es gebricht ihm an der Fähigkeit, die komplizierten Koordinationsbewegungen zu machen, die zur Bildung eines auch leicht zu bildenden Wortes nötig sind.

Die amnestische Aphasie wird häufig von einer mehr oder weniger ausgeprägten motorischen Aphasie begleitet. Das Zentrum der Klangbilder, mit dessen Hilfe nur das zugehörige Wort gebildet werden kann, ist zerstört. Der Kranke kann wohl sprechen, er kann sich jedoch nicht auf einzelne Substantiva und Namen besinnen, erkennt sie aber, wenn man sie ihm vorspricht, spricht sie dann nach und gebraucht sie richtig.

Bei der dritten Art der Aphasie, der sensorischen, die ihren Sitz in der ersten Schläfenwindung links hat, versteht der Patient das zu ihm gesprochene Wort gar nicht oder nur mangelhaft. Aufforderungen befolgt er daher gar nicht mehr oder nur teilweise. Er hat die Wortklangbilder verloren, spricht viel, aber meist verkehrt. Er vergreift

sich in den Worten, verwechselt sie; er bildet neue Worte und gar Sätze, was man mit Paraphasie bezeichnet. Außerdem kommt bei der sensorischen Aphasie oft hinzu Agraphie gleich Unfähigkeit zu schreiben und Alexie gleich Unfähigkeit zu lesen.

Mit der sensorischen Aphasie haben wir das bei weitem wichtigste und oft einzige Herdsymptom der linksseitigen Schläfenlappentumoren kennen gelernt.

Andere Erscheinungen, die aber inkonstanter und undeutlicher auftreten, sind Störungen des Gehörs, Geschmacks und Geruchs.

Das Hörzentrum hat seinen Sitz im Schläfenlappen, seine genaue Begrenzung ist jedoch noch nicht erfolgt. Deshalb können Gehörshalluzinationen wohl auf Erkrankungen im Gebiet des Schläfenlappens hinweisen. Sie treten aber nur in Erscheinung, wenn, was natürlich selten ist, beide Schläfenlappen geschädigt sind, weil jedes Gehörzentrum mit dem anderen Ohr in Verbindung steht. Von lokaldiagnostischer Bedeutung können unter Umständen noch Geschmacks- und Geruchsstörungen sein, da man weiß, daß das Geschmackszentrum im Hippocampus, das Geruchszentrum im Gyrus uncinatus seinen Sitz hat.

Es kann ferner zu Hemianopsie kommen, meist durch Druck auf die Sehbahnen oder den Tractus opticus, und durch Schädigung der motorischen und sensiblen Bahnen zu Hemiparese und Hemianästhesie der gegenüberliegenden Seite.

Wir haben weiter oben schon bemerkt, daß in den meisten Fällen von Hirntumoren psychische Störungen auftreten. Gibt es nun für Schläfenlappentumoren bestimmte psychische Symptome, die man zur genauen Lokalisation der Neubildung heranziehen kann oder nicht?

Je mehr man in die Geheimnisse des Gehirns eindrang und je mehr man Fortschritte machte in der Auffindung der Sinneszentren im Gehirn, desto mehr zeigte sich bei vielen die Neigung, bestimmte psychische Störungen mit bestimmten Regionen des Gehirns in Zusammenhang zu bringen. So fand Oppenheim als konstant wiederkehrendes Symptom

bei Stirnlappentumoren „Witzelsucht“. Wohl sind viele Fälle von Schläfenlappentumoren beschrieben, bei denen dieselben Psychosen bestanden, aber trotzdem müssen wir noch sagen, daß diese nur mit Vorbehalt zu verwerten sind. Bei den Schläfenlappentumoren sind eben noch keine zuverlässigen, bestimmte, charakteristische, immer wiederkehrende psychische Störungen bekannt.

Es bleibt also vorläufig als das einzige sichere und konstante Herdsymptom bei den Schläfenlappentumoren nur die Aphasie bestehen.

Nach diesen Betrachtungen über die Allgemein- und Herdsymptome möchte ich noch kurz einiges betreffend die Pathologie der Hirngeschwülste erwähnen.

Als Tumoren imponieren klinisch tierische Parasiten — wie z. B. Cysticercus cellulosae, seltener Echinococcus —, Konglomerattuberkel, große Gummata, ferner Geschwülste der Meningen oder des Schädeldaches, endlich Hämatome der Dura mater.

Von echten Proliferationsgeschwülsten kommen vor allem Gliome vor, welche erhebliche Größe erreichen können. Häufig finden sich auch sogen. Gliosarkome, ferner Sarkome und Myxome, selter Karzinome, primäre sowohl als auch sekundäre, und noch seltener Lipome, Fibrome, Osteome und Mischgeschwülste verschiedener Art.

Nach diesen allgemeinen Ausführungen möchte ich über einen Fall berichten, bei dem man im Zweifel sein konnte, ob man es mit einem Tumor cerebri oder einem Erweichungsherde zu tun hatte, zumal auch das so wichtige Symptom der Stauungspapille fehlte.

Die Krankheitsgeschichte besagt:

Frau W. G., geb. A.; geb. 12. 12. 1865, Arbeitersfrau.

Aufgenommen 10. 5. 1917.

Anamnese: abgegeben von Frau J. (Nachbarin) und Ehemann am 10. 5. 1917.

Keine Blutsverwandtschaft der Eltern. Keine Trunksucht in der Familie. Mutter nervenkrank, ebenso eine Nichte. Über Selbstmord oder Verbrechen in der Verwandtschaft ist nichts

bekannt. Mit dem Strafgesetzbuch ist Patientin nie in Konflikt geraten, in einer Irrenanstalt ist sie nie gewesen. Eine Schwestertochter bei Entbindung Krämpfe.

Vater Arbeiter, an Altersschwäche gestorben, Mutter an unbekannter Todesursache gestorben, nach Doppelgeburt schwach, hätte zuletzt viel Zuckungen gehabt.

Vier rechte Geschwister, sind gesund. Ein Bruder tödlich verunglückt, eine Schwester gestorben.

Normal geboren und entwickelt, keine körperliche Mißbildung.

Niemals krank gewesen.

Erste Menses nicht bekannt.

Letzte Menses vor 3 Jahren.

In der Schule schlecht gelernt, mit der Klugheit wäre es nicht so sehr weit her gewesen in der Familie. Nur arbeiten könnten sie alle tüchtig.

Aus der zweiten Klasse konfirmiert.

Nachher Stellung als Dienstmädchen, drei Stellen, dann Wirtschafterin beim Vater und auf Tagelohn gegangen.

Gute Zeugnisse.

Heirat 1884.

Keine Kinder, kein Abort.

Glückliche Ehe.

Zu Anfang waren sie auf einer Bauernstelle, das wäre aber nicht recht gegangen. Dann hätten sie das aufgegeben. Dann abhängige Stellung. Jetzt wieder eigenes Haus und gutes Auskommen. Der Mann arbeite als Freiarbeiter auf dem Gut und sie übernehme alle möglichen Aushilfsarbeiten.

Wäre immer sehr vergnügt und lebhaft gewesen. Sehr beliebt, sehr fleißig. Im Handarbeiten wäre sie ein bißchen zurück gewesen.

Ende November nach Impfung Herzbeklemmungen. Angst, wäre öfter zusammengebrochen, nicht bewußtlos dabei. Dauer einige Minuten. Fing an zu grübeln, daß sie mit den Lebensmitteln nicht auskommen könnte, obwohl sie das nicht nötig gehabt hätte. Wenn ihr Mann sie getröstet hätte, wäre sie

gereizt geworden. Hätte sich sehr gesorgt um einen Großneffen, der im Felde war.

Allmählich Verschlimmerung. Im Februar Influenza. Danach immer abwesend. Tat ihre Hausarbeiten nicht mehr. Hatte für nichts mehr Interesse, saß immer so herum, lag viel im Bett. Sehr vergeßlich geworden. War eigentlich nicht besonders traurig. Sprach schließlich fast gar nichts mehr. Wenn sie mal etwas tat, war es meistens verkehrt. Seit 8 Tagen Zittern im rechten Arm. Starres Aussehen schon seit längerer Zeit. Immer schlechten Stuhlgang.

10. 5. 1917.

Wird vom Ehemann und Nachbarin gebracht. Ruhig, äußerlich geordnet.

Auf alle Fragen sieht sie den Arzt ratlos an und antwortet ganz unverständlich. Vorgehaltene Gegenstände bezeichnet sie nicht, sondern murmelt Unverständliches vor sich hin. Die Aufforderung, aufzustehen, befolgt sie. Während der Exploration steht sie plötzlich unaufgefordert auf und steht ratlos, mit ihrem Rockband sich beschäftigend, da.

(Wieviel Finger?) Zwei, drei, vier.

(Wieviel Augen?) Vier.

(Krank?) Ja, was, bin ja immer krank.

(Was fehlt Ihnen?) Das weiß ich nicht.

Steht dann wieder auf, stellt sich vor den Spiegel, versucht ihren Zopf aufzustecken.

Größe 1,54 m.

Gewicht 67,9 kg.

Temperatur 37,7 °.

Kräftig gebaut, gut genährt.

Schädel auf Druck und Beklopfen nicht empfindlich.

Maße 18 : 15 : 53 $^1/_2$ cm.

Pupillen unter mittelweit, gleich, entrundet.

R/L +.

R/C +.

A. B. frei.

VII. Mundfacialis rechts < links.

XII. Zunge etwas nach rechts; zittert leicht, keine Bißnarben.

Trägt oben Gebiß.

Rachenreflex 0.

Sprache: an Paradigmen nicht zu prüfen.

Spontanaussprache undeutlich.

Rechter Arm motorisch anscheinend etwas schwächer.

Reflexe o. E. lebhaft.

Vasomotorisches Nachröten. +

Abdomenreflex 0.

Herzalgesie.

Rechtes Bein motorisch anscheinend schwächer als linkes. Beim Gang schont sie das rechte Bein etwas.

Kniephänomen. +

Achilles. +

Babinski r. +

Hat Arteriosklerose.

Innere Organe ohne besonderen Befund.

Urin: Eiweiß 0, Zucker 0, alkalisch.

12. 5. 17. Augenbefund Prof. Oloff. Papille beiderseits ohne Befund.

10. 5. 17. Unruhig, drängend.

15. 5. 17. Ratlos taumelig. Schluckt schlecht.

16. 5. 17. Erkennt ihren sie besuchenden Ehemann.

17. 5. 17. Das Ergebnis der angestellten Luesreaktion war negativ. Zunehmend benommen. Verschluckt sich leicht.

21. 5. 17. Tiefe Benommenheit. Unter zunehmender Herzschwäche 4^{00} Exitus.

Klinische Diagnose: Geistesstörung und Lähmung bei Tumor cerebri (r. Hemiparese, sensorische Aphasie, bulbäre Erscheinungen). Linksseitiger Schläfenlappentumor.

Von dem Sektionsprotokoll liegt nur der sich auf das Gehirn beziehende Teil vor.

Anatomische Diagnose: Tumor cerebri.

Hirngewicht 1260 g.

Windungen sehr abgeflacht und abgeplattet besonders

der linken Seite, der untere Teil des linken Schläfenlappens etwas vorgetrieben, faßt sich derb an. Auf dem Frontalschnitt findet sich der linke Schläfenlappen fast ganz eingenommen von einem apfelgroßen Tumor, der sich als Gliom herausstellt.

Wir müssen nun noch sehen, wie man dazu kam, in unserem Falle die Diagnose eines linksseitigen Schläfenlappentumors zu stellen.

Die Diagnose war nicht einfach. Um zu ihr zu gelangen, mußten wir differentialdiagnostisch alle Gehirnerkrankungen, die etwa dieselben Symptome hervorrufen könnten, ausschließen. Zu erwähnen wäre da: Dementia paralytica, multiple Sklerose, Hydrocephalus, Pseudotumor cerebri und arteriosklerotische Veränderungen gleich Erweichungen.

Wegen des fortschreitenden Verfalls der geistigen Kräfte hätte man an progressive Paralyse denken können; dafür könnte vielleicht auch die große Vergeßlichkeit, die Entrundung der Pupillen, die Facialisdifferenz und das Fehlen einer Stauungspapille sprechen. Dagegen sind aber reflektorische Pupillenstarre, artikulatorische Sprachstörungen und Steigerung des Kniephänomens nicht vorhanden. Auch schließen die Anamnese und der negative Befund der Wassermannschen Reaktion eine Lues aus. Da alle diese Momente, auf denen die Diagnose Dementia paralytica fußt, nicht vorhanden sind, wird man von dieser Erkrankung ruhig absehen können.

Als einziges Symptom für multiple Sklerose käme vielleicht die Vergeßlichkeit in Betracht, doch ist auch diese Diagnose zu verwerfen, weil die Hauptsymptome dieser Erkrankung: Nystagmus, temporale Abblassung der Pupillen, skandierende Sprache und Intentionstremor für unsere Patientin nicht zutreffen. Wohl ist von einem Zittern im rechten Arm die Rede, aber nach den gemachten Angaben kann es sich kaum um einen Intentionstremor handeln. Weiter unten kommen wir nochmals auf dieses Symptom zurück.

Hydrocephalus kann auch ausgeschlossen werden, da in unserer Krankheitsgeschichte nichts darauf Bezügliches

steht, und die Hirndrucksymptome überhaupt gering in Erscheinung traten, ferner nichts an der Schädelform der Patientin auf eine hydrocephalische Veränderung schließen ließ.

Der Pseudotumor hat die Eigentümlichkeit, daß bei ihm die Symptome in wechselnder Stärke auftreten oder gar verschwinden können, oft sogar vollständige Gesundheit wieder eintreten kann. Hiervon war in unserem Falle nichts zu bemerken, die Krankheit war im Gegenteil offenbar in stetem Fortschreiten begriffen.

In der neueren Zeit sind mehrere Fälle von Zittern bei Hirntumor beobachtet. Man kann wohl das in unserem Falle aufgetretene Zittern als ein darauf bezügliches Moment ansehen. Auch das Fehlen des sogen. „Pillendrehens", eines bekannten Symptomes der Paralysis agitans, spricht für unsere Diagnose.

Nach diesen Erörterungen bleibt uns, um zu einer endgültigen Diagnose zu kommen, nur noch übrig, die Differenzialdiagnose zwischen Tumor cerebri und arteriosklerotischem Prozeß zu besprechen.

Eine Zeitlang hatte man in unserem Falle ernstlich an einen Erweichungsherd auf arteriosklerotischer Grundlage gedacht. Gestützt wurde diese Ansicht hauptsächlich durch den positiven Befund einer allgemeinen Arteriosklerose. In welchem Grade diese bestand, ist allerdings in der Krankheitsgeschichte nicht angegeben. Die Patientin hat seit Beginn der Erkrankung an Herzbeklemmungen und Angstanfällen gelitten und ist öfters zusammengebrochen. Das spräche ja dafür, daß die Arteriosklerose schon in ein deutliches Stadium getreten war, trotz des noch nicht allzu hohen Alters (52 Jahre) der Patientin. Nun wird allerdings eine rechtsseitige Hemiparese erwähnt, die allem Anschein nach anfangs unbemerkt, zum mindesten aber langsam aufgetreten ist. Das wäre ein Herdsymptom. Man sollte erwarten, daß, um es für die Diagnose eines Erweichungsherdes benutzen zu können, diese Parese apoplektiform hätte auftreten müssen. Nach 3 von Bonhoeffer geschilderten Fällen können thrombotische Prozesse jedoch ein sehr langes

Vorstadium haben und gerade dadurch zur Erschwerung der Diagnose führen. Es brauchen also selbst Herdsymptome bei Arteriosklerose nicht apoplektiform aufzutreten, sondern können durch Verstopfung kleinster Endarterien allmählich in die Erscheinung treten. Also spräche das langsame Auftreten der Parese gerade nicht gegen einen arteriosklerotischen Prozeß im Gehirn. Da auch ein solcher in den seltensten Fällen Stauungspapille hervorruft und diese in unserem Falle fehlt, so ist auch das ein Moment mehr, das wenigstens nicht gegen arteriosklerotischen Erweichungsherd spricht. Eindeutige zerebrale Symptome, wie Schlaflosigkeit, Kopfschmerz, Flimmern vor den Augen und Ohrensausen fehlen allerdings in unserem Falle.

Es scheinen also nach dem bisherigen viele Momente für eine arteriosklerotische Veränderung zu sprechen. Und doch kam man davon ab und entschied sich für die Annahme des Vorhandenseins einer Neubildung. Auch Bonhoeffer kommt zu dem Ergebnis, daß sich sichere klinische Anhaltspunkte nicht finden lassen, die zwischen Tumor cerebri und Hirnsklerose unterscheiden lassen. Nach Bruns treffen jedoch wohl nur selten alle Symptome zusammen, um nicht aus dem einen oder dem anderen eine Differentialdiagnose zu ermöglichen.

An früherer Stelle wurde als erstes und sehr wichtiges Allgemeinsymptom für das Vorhandensein eines Tumor cerebri der Kopfschmerz erwähnt. Nichts in der Anamnese und dem Befund deutet darauf hin, daß die Patientin je unter Kopfschmerzen gelitten habe, auch nicht in der ersten Zeit der Erkrankung, wo sie noch nicht benommen war. Auch ist der Schädel auf Beklopfen an keiner Stelle empfindlich. Dieses wichtige Symptom läßt uns also im Stich. Es scheint sich offenbar um einen der erwähnten sehr seltenen vollständig kopfschmerzlos verlaufenden Fälle von Hirntumor zu handeln. Es sind dies solche, bei denen auch die anderen Zeichen des Hirndruckes fehlen, was auch in unserem Falle zutrifft. Weder Konvulsionen noch Stauungspapille, weder Pulsverlangsamung noch Erbrechen oder Schwindel ließ sich

nachweisen, trotzdem sich der Prozeß nur über ein knappes halbes Jahr hinwegzog.

Zwei Momente waren es, die ausschlaggebend waren bei der Diagnose Tumor cerebri im linken Schläfenlappen; einmal die psychischen Störungen, die gerade in den späteren Stadien immer deutlicher hervortraten, und die schon bei der Einlieferung deutliche sensorische Aphasie.

Im Krankenbericht wird angegeben, daß die Patientin schon zu Beginn der ersten Krankheitserscheinungen anfing zu grübeln. Etwa ein Vierteljahr später heißt es von ihr: „sie war immer abwesend, hatte für nichts mehr Interesse, saß immer so herum, lag viel im Bett. Sehr vergeßlich geworden. Wenn sie mal was tat, war es meistens verkehrt. Starres Aussehen schon seit längerer Zeit. Immer schlechter Stuhlgang“. Alles das macht den Eindruck der Apathie und Interesselosigkeit für Ort, Zeit und Umgebung. Bei der Untersuchung „sieht sie den Arzt auf alle Fragen ratlos an“. Auch die Ratlosigkeit ist aufzufassen als Folge der Unfähigkeit zur Orientierung. Die Benommenheit steigerte sich im Laufe der Zeit allmählich, gegen Lebensende ganz besonders. Diese psychischen Veränderungen ließen den Gedanken an einen Tumor cerebri wach werden.

Als nächstes wichtiges Herdsymptom muß die Sprachstörung angesehen werden, die überdies noch eine genaue Lokaldiagnose gestattete. Diese, die Aphasie, scheint nicht von Anfang an bestanden zu haben. Denn es wird erwähnt, daß erst etwa ein Vierteljahr nach dem Auftreten der ersten Krankheitserscheinungen die Patientin schließlich fast gar nicht mehr gesprochen habe. Bei der ersten Untersuchung in der Klinik antwortete sie ganz unverständlich. Vorgehaltene Gegenstände bezeichnet sie nicht, murmelt Unverständliches vor sich hin. Die Aufforderung aufzustehen befolgt sie dagegen, antwortet auch richtig auf die Frage, ob sie krank sei und was ihr fehle. Während der Klinikbehandlung aber redet sie wiederum, wie der Pflegebericht angibt, unverständlich und gibt auf Fragen unverständliche Antworten. Das ist, nach den weiter oben beschriebenen Symptomen, das

typische Bild einer fast vollständigen sensorischen Aphasie, des Verlustes des Sprachverständnisses, da die Kranke zwar das gesprochene Wort hörte, aber offenbar ihren Sinn nicht verstand. Über Alexie und Agraphie war aus der Krankengeschichte nichts zu entnehmen.

Beide eben beschriebenen wichtigen Symptome weisen auf die Art und die genaue Lage der Hirnerkrankung hin: die psychischen Veränderungen ermöglichten die Diagnose eines Tumor cerebri; die Aphasie, wie wir bereits erwähnten, die Lokalisation, nämlich im Bereich des linken Schläfenlappens.

Diese Diagnose wird ferner noch gestützt durch einige andere Symptome, die bisher noch nicht erwähnt sind, weil zuerst die beiden wichtigsten besprochen werden sollten; es sind dies einmal die Schlafsucht, die schon vor der Aufnahme in die Klinik bemerkt war und die, nach dem Pflegebericht, besonders in den letzten Lebenstagen auffallend war. Daß die Patientin in diesem Stadium Stuhl und Urin unter sich ließ, sei der Vollständigkeit halber erwähnt. Ein weiteres Zeichen für den linksseitigen Sitz der Geschwulst besteht in der Parese des rechten Armes und rechten Beines.

Die leichte Parese des rechten Facialis weist darauf hin, daß auch die Capsula interna ergriffen, der Herd also im subkortikalen Gebiete sitzen muß.

Die Sektion bestätigte die Diagnose: linksseitiger Schläfenlappentumor, der sich als Gliosarkom herausstellt; und zwar nahm der Tumor fast die ganze Breite des Schläfenlappens mit Capsula interna und den anderen wichtigen Zentren ein.

Der mikroskopische Befund bestätigte die makroskopische Diagnose eines Gliosarkoms.

Ich erlaube mir, auch an dieser Stelle Herrn Geh. Medizinalrat Prof. Dr. Siemerling für die freundliche Überlassung des Falles, für die mir bei der Anfertigung dieser Arbeit in so hohem Maße gewährte Hilfe und für ihre Durchsicht meinen gehorsamsten Dank auszusprechen.

Literaturverzeichnis.

Bechterew, Leitungsbahnen. Leipzig 1899.
Binswanger-Siemerling, Lehrbuch der Psychiatrie. Jena 1911.
Bonhoeffer, Zur Differentialdiagnostik zwischen zerebralen Gefäßerkrankungen und Hirntumor. In Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie, 1912, Bd. 32.
Bruns, Geschwülste des Nervensystems. Berlin 1908.
v. Cölln, Zur Symptomatologie und Therapie der Schläfenlappentumoren. Diss. Kiel 1917.
Griesinger, Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten. Berlin 1892.
Kroß, Über einen Fall von metastatischem Hirnabzeß des rechten Schläfenlappens. Diss. Kiel 1908.
Oppenheim, Geschwülste des Gehirns. Wien 1902.
Räcke, Psychiatrische Diagnostik. Berlin 1913.
Schmauß, Grundriß der pathologischen Anatomie. Wiesbaden 1912.
Sielaff, Zur Differentialdiagnose zwischen Erweichungsherd und Gehirntumor. Diss. Kiel 1914.
Ziehen, Psychiatrie. Leipzig 1911.

Lebenslauf.

Geboren wurde ich, Ingolf Oswin Leutbert Lohmeyer, am 9. 5. 1891 in Wehlheiden bei Kassel als Sohn des jetzigen Oberbibliothekars und Bibliotheksdirektors a. D. Dr. phil. Edward Lohmeyer. Ich bin evangelisch. Von Ostern 1900 bis Ostern 1902 besuchte ich in Sexta und Quinta das königliche Friedrichsgymnasium in Kassel, dann von 1902 bis 1910, von Quarta bis Oberprima, das städtische Realgymnasium ebenda, an dem ich am 14. 2. 1910 die Reifeprüfung bestand. Von Ostern 1910 bis Ende Juli 1914 studierte ich in Berlin und diente mein Halbjahr mit der Waffe beim 2. Garderegiment zu Fuß im Sommer 1910. Ende des Sommerhalbjahres 1912 bestand ich in Berlin die ärztliche Vorprüfung. Bei Kriegsausbruch rückte ich sofort als Feldunterarzt ins Feld; am 23. 4. 1916 wurde ich zum Feldhilfsarzt ernannt. Am 13. 12. 1916 bestand ich in Berlin die ärztliche Prüfung und erhielt meine Approbation vom selben Tage, da mir meine Kriegsdienstzeit als praktisches Jahr angerechnet wurde. Am 22. 2. 1917 wurde ich im aktiven Heere angestellt und gleichzeitig zum Assistenzarzt beim Inf.-Rgt. 95 ernannt. Ich bin seit Kriegsausbruch als Truppenarzt in der Front tätig. Ich befinde mich, als in meiner Feldstelle, zurzeit beim Füsilierregiment von Steinmetz (westpr.) Nr. 37.